

(別紙様式2)

須賀川市シンボルマーク「花のエンゼル」使用承認変更申請書

年 月 日

須賀川市長

郵便番号

住 所

(所在地)

氏 名

(名称及び代表者職・氏名)

印

須賀川市シンボルマーク「花のエンゼル」の使用にあたり、次のとおり変更したいので申請します。

記

1 使用目的

2 変更事項

| 申請者 | 使用目的、趣旨 | 使用方法 | 使用期間 |
|---------|---------|------|------|
| 使用期間の延長 | 使用デザイン | その他 | |

該当する事項にチェックを付けること。

3 変更内容
(変更前)

(変更後)

4 連絡先

(1) 担当者名 :

(2) 電話番号 :

(3) FAX番号 :

(4) E-MAIL :

使用にあたっては、須賀川市シンボルマーク「花のエンゼル」使用取扱要領及び「須賀川市シンボルマークデザイン使用ガイド」を留意願います。